

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
XAVIER BICHAT

Année 1971

N° 103

Thèse
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(diplôme d'état)

par

Sylvaine CAPO-KIEFFER
née le 28 mai 1946 à ALGER
Externe des Hôpitaux de Paris

présentée et soutenue publiquement

le 1971

LA LEUCODERMIE ATROPHIQUE PONCTUÉE DE MILIAN,
UNE FORME DE LICHEN ATROPHIQUE D'EMBLÉE.

Président : Monsieur le Professeur DUPERRAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
XAVIER BICHAT

Année 1971

N°

Thèse
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(diplôme d'état)

par

Sylvaine CAPO-KIEFFER
née le 28 mai 1946 à ALGER
Externe des Hôpitaux de Paris

présentée et soutenue publiquement
le 1971



LA LEUCODERMIE ATROPHIQUE PONCTUÉE DE MILIAN,
UNE FORME DE LICHEN ATROPHIQUE D'EMBLÉE.

Président : Monsieur le Professeur DUPERRAT



A mes parents, qui m'ont permis de poursuivre mes études, avec toute
ma reconnaissance et mon affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556021_0036

A mes grands-parents,

A mon frère,

A mon parrain Jacques CAPO et sa famille

A ma tante Denise CARTIER

A ma belle-famille

A mon mari

A mon maître,

Monsieur le Professeur Bernard DUPERRAT,

Titulaire de la chaire de clinique dermatologique à la Faculté de Médecine
de Paris,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse,

En remerciement pour l'enseignement qu'il me dispense,

En témoignage de mon profond respect et de ma vive gratitude.

A mon maître,

Monsieur le Docteur Pierre de GRACIANSKY,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,

Auprès duquel j'ai acquis mes premières notions de Dermatologie,

Qui m'a aidée et conseillée tout au long de ce travail,

en témoignage de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Max TAIEB,

Chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis

Qui m'a conseillé le sujet de cette thèse et m'a guidée dans son élaboration

Avec mes sincères remerciements.

**LA LEUCODERMIE ATROPHIQUE PONCTUÉE DE MILIAN,
une forme de lichen atrophique d'émblée.**

Le lichen plan est une dermatose bien individualisée sur le plan clinique, histologique, mais de pathogénie obscure.

Clinique : dans sa forme typique il s'agit d'une éruption papuleuse et prurigineuse prédominant au niveau de la face antérieure des poignets et des avant-bras, de la partie inférieure de l'abdomen, des lombes, des chevilles.

On rencontre fréquemment des localisations génitales et buccales.

La lésion cutanée élémentaire est une papule de deux à quatre millimètres de diamètre, bien limitée, à contours polygonaux, à surface aplatie, présentant des stries blanchâtres réticulées (stries de Wickham), de consistance ferme, brillante à jour frisant, de couleur rosée devenant lors de son évolution rouge violine, bistre, brune.

Histologie : l'image est tout à fait caractéristique :

- le derme papillaire et moyen est envahi par un infiltrat lymphocytaire en bande qui grignote la basale.
- les papilles dermiques sont arrondies, en coupole tandis que les prolongements interpapillaires sont effilés, pinceautés.
- quant à l'épiderme, tantôt épaissi, tantôt aminci, il est recouvert de squames orthokératosiques.

Sa couche cornée et sa couche granuleuse sont légèrement épaissies. On note par ailleurs une hyperacanthose irrégulière.

Il existe de nombreuses formes cliniques de lichen plan.

Parmi elles, les formes atrophiques ont été décrites sous des noms très divers, recouvrant des faits cliniques différents. D'autre part, elles ont donné lieu à des discussions concernant notamment leurs rapports avec les sclérodermies localisées. Ces discussions ne sont pas

notre propos : nous voulons dans cette thèse décrire une forme particulière de lichen atrophique d'emblée dont l'aspect clinique a été bien individualisé par Milian sous le vocable de leucodermie atrophique ponctuée. Nous apportons des arguments permettant de rattacher cette forme au lichen plan.

D'après nos observations les critères cliniques sont assez éloquents pour nous avoir permis de faire le diagnostic avant l'histologie.

Le plan que nous allons suivre est celui-ci :

- Notre première partie consistera en un compte rendu de quatre observations caractéristiques.
- Nous montrerons ensuite comment on peut isoler cette forme cliniquement puis étayer le diagnostic par des arguments histologiques et thérapeutiques. Autrement dit : comment faire le diagnostic positif.
- En une troisième partie nous colligeons les observations de leucodermie atrophique ponctuée dans la littérature.
- Enfin nous montrerons en quoi cette forme se distingue :
 - des autres variétés de lichen scléro-atrophique
 - de la sclérodermie localisée.

PREMIÈRE PARTIE : NOS QUATRE OBSERVATIONS DE LEUCODERMIE
ATROPHIQUE PONCTUÉE.

Observation n° 1.

Madeleine L..... 58 ans, consulte le 8 Février 1965 pour des lésions sous mammaires très prurigineuses.

- **Trois mois auparavant** elle avait présenté un prurit sous mammaire, puis étaient apparues de très nombreuses plaques atrophiques, bien limitées, à contours irréguliers, de couleur blanc sale, brillantes à jour frisant, avec une bordure erythémateuse.

Leur diamètre varie entre 1 et 3 centimètres.

Leur confluence produit des placards atrophiques très superficiels donnant une peau plissable comme du papier, parcheminée, ridée.

Les placards présentent une piqueté folliculaire qui provoque une sensation de râpe au toucher.

Le prurit est intense, avec lésions de grattage et ulcération des seins.

- La malade présente par ailleurs quelques tâches blanches lenticulaires au niveau de l'abdomen, de la face antérieure du thorax, de la face interne des cuisses.
- Il n'y a pas de lésions des muqueuses : pas de lichen buccal, ni vulvaire.
- On ne note pas de papules de lichen plan sur la surface cutanée, et d'ailleurs la malade n'en a jamais présenté.

- **le reste de l'examen** montre, chez une malade obèse, une tension artérielle à 14-9, un pouls radial à 72, des pouls périphériques perçus de façon homogène.

De nombreuses télangiectasies sont déterminées sur tout le corps, et on note des varices importantes des deux saphènes internes.

Il n'y a pas de syndrome de Raynaud.

Il n'y a pas de problème digestif et en particulier oesophagien (et ce, tant cliniquement que radiologiquement).

- **Glycémie, numération formule sanguine**, vitesse de sédimentation sont normales.

- **La malade n'a pas d'antécédent pathologique notable** : Polonaise en France depuis 1926, elle a d'abord travaillé dans une fabrique de gants puis comme cuisinière.
Mariée, elle a eu deux grossesses normales.
Elle est ménopausée depuis 5 ans.

- **On pratique une biopsie** d'une lésion sous mammaire et l'image histologique est celle d'un lichen "scléro atrophique" (Dr Guilaïne). L'épiderme aminci, à basale rectiligne, recouvre une bande hyaline dense avec des capillaires sanguins et lymphatiques béants et disparition des fibres élastiques à ce niveau.
A la face profonde de ces bandes hyalines, on trouve des infiltrats lymphocytaires en bandes.

- **On donne à la malade un traitement** fait d'une désinfection locale et d'une corticothérapie générale.
En quinze jours l'amélioration est nette mais les ulcérations persistent : on continue le même traitement pendant encore quinze jours puis on diminue les corticoïdes de façon progressive jusqu'à suppression complète fin Juin.
Le relais est pris par un traitement uniquement local antibiocorticoïde. L'amélioration est alors rapide et fin Juillet 1965 les lésions ne sont plus évolutives : l'aspect est cicatriciel, les placards ne s'étendent plus, le prurit a disparu.

- **La malade revient** nous voir régulièrement et en 1966, 1967, aucun élément nouveau n'apparaît.

- **Le 14 Avril 1969 elle consulte à nouveau** pour rechute, cette fois au niveau du sillon interfessier : il s'agit d'une plaque prurigineuse de 6 centimètres sur 3 environ, où la peau est amincie, atrophique, finement papyracée, avec ébauche de décollement bulleux et léger piqueté folliculaire.
Elle est de couleur blanc jaunâtre non homogène, de forme ovale à grand axe vertical, et elle est entourée d'un anneau erythémateux. A la palpation, elle est souple, tant superficiellement qu'en profondeur.

Les autres lésions n'ont pas évolué.

- **Une nouvelle biopsie** faite au niveau du décollement bulleux montre l'aspect habituel des bulles de lichen atrophique (Dr Guilaïne). La bulle se produit dans le derme à distance de la basale épidermique, en pleine zone hyaline : le plafond est constitué par la zone hyaline coiffée de l'épiderme dans sa totalité, depuis la basale jusqu'à la couche cornée.

Cet épiderme ne présente aucune anomalie, aucun remaniement inflammatoire.

- **Dans les jours qui suivent** se produit une surinfection avec suintement malodorant qu'on traite par désinfection locale et générale. En quinze jours la lésion est propre mais le décollement bulleux persiste.

On donne alors à la malade une antibiocorticothérapie par voie générale qu'elle recevra jusqu'à la fin du mois de Juillet, les doses de corticoïdes étant très lentement dégressives.

- **La malade est revue en Octobre 1970** pour bilan : les lésions ont alors un aspect quiescent.

Au niveau des seins : placards atrophiques, finement plissables, brillants, à contours irréguliers.

Au niveau du sillon interfessier : plaque souple, atrophique, plissable, de couleur violine plus marquée sur les bords.

Il n'y a plus de piqueté folliculaire, ce qui est peut être un signe de non évolutivité.

Sur la face interne de la joue droite on note une infiltration lichenoïde en réseau, qui n'existait pas auparavant.

Observation n° 2.

Madeleine D..... 71 ans consulte le 14 Octobre 1968 pour des placards d'aspect atrophique, papyracé, pseudobulleux, apparus sur la face extérieure de la hanche gauche, puis de la hanche droite, puis au niveau du pli interfessier.

Les lésions sont arrondies ou ovalaires, de 2 à 3 centimètres de diamètre de couleur blanc sale, brillantes, à contours figurés, bordées d'un anneau violine.

La peau à leur niveau est souple, amincie, très plissable, d'aspect ridé, chagriné, avec

avec piqueté kératosique folliculaire.

Une sensation de brûlure s'est installée dès l'apparition des lésions, pour disparaître ensuite.

Il n'y a pas de papules de lichen plan, les muqueuses sont intactes.

- **A l'examen**, la malade est maigre, frileuse, pâle. Les bruits du cœur sont rapides mais normaux, le pouls radial est à 84, les pouls périphériques sont perçus, la pression artérielle est à 14-8.

L'examen pleuropulmonaire, neurologique est normal.

Il n'y a pas de syndrome de Raynaud.

L'appareil digestif est normal, en particulier il n'y a pas de dysphagie et d'ailleurs la radiographie barytée de l'oesophage est normale.

- **Dans les antécédents** il faut noter que vers 1950 la malade a présenté sur la langue une lésion blanchâtre étiquetée lichen plan en stomatologie à l'Hôpital St-Louis.

A l'âge de 30 ans elle a subi une hystérectomie totale pour dysménorrhée (?) Il n'y avait pas de grossesse antérieure.

La malade se plaint d'une fatigue constante, en fait sur le plan somatique elle ne présente rien de particulier.

- **Une biopsie** pratiquée au niveau du sillon interfessier montre une image histologique tout à fait compatible avec le diagnostic de lichen atrophique (Dr Guilaïne) :

- . L'épiderme est aminci, en orthokeratose
- . Le derme sous jacent est en liquéfaction oedémateuse et ébauche un clivage bulleux.
- . En dessous on trouve une zone dermique superficielle désertique et hyaline. Dans ces deux zones, les fibres élastiques ont disparu.
- . En dessous, un liseré inflammatoire lymphocytaire a tendance à former une bande continue.

- **Comme traitement** elle reçoit une vitaminothérapie A associée à une antibio cortico-thérapie locale.

La malade ne revient plus à la consultation pendant 2 ans.

- **En Octobre 1970** nous la convoquons pour bilan.

Entre temps, il n'y avait pas eu de reprise évolutive, pas de prurit au niveau des lésions existantes, mais une petite sensation de gêne, de "tiraillement" de la peau.

Les placards sont quiescents : ce sont des lésions arrondies à limites irrégulières, de peau atrophique, très plissable, de couleur blanchâtre non homogène, avec piqueté keratosique.

Observation n° 3.

Yvonne B..... âgée de 53 ans consulte le 12 Décembre 1969 car elle présente deux types de lésions

- Au niveau de la partie supérieure du dos deux placards atrophiques, minces, d'aspect papyracé, plissant facilement, de coloration blanc jaunâtre, ivoirine, à contours figurés, entourés d'un anneau violine. On note de plus une abondante ponctuation folliculaire donnant à la palpation une légère impression de râpe.
- Au niveau de la langue un reticulum blanc et quelques taches lenticulaires blanchâtres et surelevées en "pain à cacheter" l'ensemble étant évocateur de lichen lingual.

Par ailleurs la malade n'a aucune papule de lichen plan ; le revêtement cutané, les autres muqueuses, les phanères sont indemnes.

La malade précise bien que les placards du dos sont apparus d'emblée sous leur aspect actuel et qu'ils n'ont jamais été précédés d'éléments en relief ou d'éléments indurés.

- **On pratique deux biopsies**, l'une au niveau des lésions linguales, l'autre au niveau d'un des éléments du dos (Dr Guilaine).

Pour cette dernière nous avons la description suivante :

- . L'épiderme est très aminci, à basale rectiligne, et recouvert d'une orthokératose épaisse.
 - . Le derme superficiel est hyalin, homogénéisé, avec disparition des fibres élastiques. Il constitue une bande très compacte, continue à la partie inférieure de laquelle on trouve des infiltrats lymphocytaires.
- Ces infiltrats ont tendance à ébaucher une bande longitudinale, toutefois il est

manifeste qu'ils sont centrés par des vaisseaux qu'ils suivent au niveau de leurs prolongements.

Il s'agit donc bien d'une image de lichen atrophique.

- La biopsie de la langue est également typique de lichen : il existe un infiltrat lymphocytaire collé à la basale qu'il grignote tout au long du large prélèvement réalisé.
En surface on note une tendance à la leucokeratose orthokeratosique.
- On donne à la malade un traitement fait de sédatifs légers par voie orale, tandis que localement on lui fait appliquer une lotion salicytée puis une préparation cortisonée.
- Nous n'avons malheureusement pas pu suivre l'évolution de cette dermatose, la malade ne s'est pas représentée.

Observation n° 4.

Janine le S..... 23 ans vient consulter début Octobre 1970 pour des lésions disséminées sur le corps depuis Juillet de la même année. Elle raconte qu'au retour des vacances des plaques d'emblée achromiques et atrophiques, de 2 à 4 centimètres de diamètre se sont formées au niveau de la ceinture abdominale, du sillon interfessier, de la face interne des cuisses.

Par ailleurs quelques éléments lenticulaires, blanchâtres sont apparus au niveau de la face postérieure des avant-bras, puis près du sillon interfessier.

Un léger prurit a signalé la naissance de toutes ces lésions.

- **Au moment du premier examen** la malade présente au niveau de la ceinture et de la face interne des cuisses des plaques arrondies de 2 à 3 centimètres de diamètre, d'aspect fripé, froissé, nacrées à la périphérie, de pigmentation blanc sale non homogène au centre, souples et atrophiques à la palpation.

Dans le sillon interfessier et le débordant largement existe un grand placard pigmenté et fripé, bordé lui aussi par un liseré nacré. La malade précise que toutes les lésions ont eu d'emblée l'aspect qu'elles présentent actuellement et en particulier les placards de la ceinture abdominale et du sillon interfessier ne résultent pas de la coalescence d'éléments plus petits.

- **Un examen attentif** montre que la malade ne présente pas de papules de lichen plan, que les muqueuses orales et vulvaires sont intactes, qu'il n'y a rien au niveau du cuir chevelu. Par ailleurs la malade, un peu obèse, est en assez bon état général. Elle souffre depuis l'âge de 13 ans d'une polyarthrite chronique évolutive pour laquelle elle est traitée actuellement par du Plaquenil. Elle a reçu une corticothérapie assez importante (doses ?) de l'âge de 15 à 18 ans.

Les examens paracliniques demandés (numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, hyperglycémie provoquée) sont normaux.

- **On pratique une biopsie** au niveau d'un des éléments de l'abdomen (Dr Guilaine) ; la coupe histologique montre un épiderme en orthokeratose, à basale un peu rectiligne.

Dans l'ensemble l'épiderme est atrophique. Il recouvre un derme superficiel et moyen hyalin, compact, contenant quelques capillaires dilatés, où les fibres élastiques ont disparu. A la partie inférieure de la zone hyaline on trouve des infiltrats lymphocytaires pericapillaires ayant tendance à se "donner la main" pour former une ébauche de bande continue.

L'image est donc bien celle d'un lichen atrophique.

- **Comme traitement** la malade reçoit par os un antihistaminique de synthèse et localement une pommade corticoïde et antiseptique.
- **Les lésions deux mois plus tard** n'ont subi aucune évolution : il n'y a pas d'apparition de nouvelles plaques, mais il n'y a pas non plus d'amélioration évidente.

**DEUXIÈME PARTIE : LES ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC POSITIF
DE LEUCODERMIE ATROPHIQUE PONCTUÉE.**

1 - Ils sont avant tout cliniques.

En effet, l'aspect très spécial de cette dermatose nous a toujours permis dans nos quatre cas de faire le diagnostic clinique avant l'analyse histologique des lésions.

- **Il semble que cette dermatose survienne** avec une plus grande fréquence chez les femmes, quelque soit leur âge.

- **Les signes fonctionnels** qui précèdent ou accompagnent son apparition sont divers : sensation de tiraillement, de tension, gêne légère, ou prurit léger. Exceptionnellement le prurit a été féroce (observation n° 1) entraînant des ulcérations profondes, avec surinfection. Mais on connaît la subjectivité importante de ce symptôme.

- **C'est l'aspect clinique très particulier** qui est révélateur : une fois isolé, ce type de lésion n'est comparable à aucune autre dermatose et permet le diagnostic de lichen atrophique d'emblée à forme de leucodermie ponctuée de Milian.

- . **Comme son nom l'indique**, il s'agit d'une atrophie localisée de la peau, et cette atrophie paraît primitive.

Elle ne succède ni à des papules de lichen plan typique, ni à des papules blanchâtres ou rose pâle, ni à un placard induré ou infiltré : ce n'est donc pas, du moins en apparence, un processus cicatriciel, ou le mode de guérison spontanée d'une éruption antérieure.

- . **Elle ne se forme pas par coalescence** de petites taches blanches déprimées. Dans ce cas les contours du placard constitué seraient émiettés, en carte de géographie, or nous avons vu dans nos observations qu'ils sont figurés, certes, mais largement polycycliques.

Cependant, quelques taches blanches lenticulaires peuvent coexister avec cette dermatose.

- **D'emblée, l'aspect réalisé est le suivant** : en un point quelconque des téguments, mais le plus souvent au niveau de la ceinture scapulaire, des flancs, du pli interfessier, apparaissent des plaques ou des placards de taille variable, n'excédant pas en moyenne 4 à 6 centimètres de diamètre :
 - + les contours sont figurés, largement polycycliques ou régulièrement arrondis
 - + la peau est amincie, atrophique, finement ridée à la vue, plissable comme du papier à cigarettes à la palpation
 - + fait important, à la surface des lésions on note un piqueté keratosique folliculaire donnant une sensation de râpe au toucher.
 - + le placard entier est souple, non induré, se laisse froisser très facilement avec parfois ébauche de décollement bulleux ou décollement bulleux franc (observation n° 1).

C'est en général une bulle peu tendue à surface fripée contenant un liquide clair qui se surinfecte secondairement, la lésion étant ulcérée par le grattage.

 - + la couleur est jaunâtre, ivoirine, blanc sale, grisâtre. L'ensemble est de pigmentation non homogène avec parfois quelques taches brunâtres.
 - + le placard peut être entouré d'un anneau erythémateux ou violine.
 - + Quelques petites taches blanches déprimées peuvent se voir à distance du placard, comme nous l'avons déjà signalé plus haut.

- **Ce lichen atrophique peut être associé**, élément diagnostique important, à un lichen typique des muqueuses. En effet, on note :
 - . **Observation n° 1** : apparition d'une infiltration lichenoïde en réseau de la muqueuse jugale.
 - . **Observation n° 2** : antécédent de lichen lingual.
 - . **Observation n° 3** : lichen lingual typique confirmé histologiquement.

-

- **Devant ces critères cliniques bien précis** nous avons pratiqué des examens histologiques qui sont venus confirmer notre diagnostic de lichen atrophique d'emblée à forme de leucodermie ponctuée de Milian.

2 - L'image histologique.

Correspondant à la description anatomopathologique du lichen atrophique telle qu'elle a été faite par Civatte et Lever, est la suivante :

- Au niveau de l'épiderme on note une hyperkeratose orthokeratosique à la fois diffuse et folliculaire avec atrophie du corps muqueux de Malpighi.
- Le relief dermo épidermique est effacé, la basale est rectiligne.
- Le tissu collagène du derme superficiel, dépourvu de cellules et de fibres élastiques , est le siège d'un oedème et d'une homogénéisation non mucineuse.

Lever précise bien qu'il ne s'agit pas d'une sclérose comme pourrait le suggérer le terme de sclérolichen mais d'un lymphoedème : d'ailleurs lorsque l'oedème est important il peut entraîner dans le derme superficiel la formation de bulles ou de pseudo bulles.

- Au-dessous du corps papillaire un infiltrat lymphocytaire d'importance variable se dispose en bande continue ou en modules.
- Les vaisseaux profonds ne sont pas oblitérés.

L'histologie du lichen atrophique est donc tout à fait caractéristique et elle ne donne lieu à aucune ambiguïté.

3 - Évolution

La corticothérapie par voie générale donne de bons résultats : elle arrête l'évolution des lésions constituées et empêche l'apparition de lésions nouvelles.

Le diagnostic de lichen atrophique d'emblée à forme de leucodermie ponctuée de Milian est donc extrêmement simple : il sera fait dès l'abord sur le simple aspect clinique des lésions et il sera confirmé par l'histologie, puis par l'évolution favorable sous corticothérapie.

TROISIÈME PARTIE : LES OBSERVATIONS DE LICHENS ATROPHIQUES
D'EMBLÉE A FORME DE LEUCODERMIE ATROPHIQUE PONCTUÉE DANS
LA LITTÉRATURE.

Milian, en 1909,

décrit pour la première fois ce qu'il va appeler la leucodermie atrophique ponctué. Il présente à la société de Dermatologie une malade de 35 ans dont l'affection a débuté de façon insidieuse dans le cou.

En effet, dit-elle, "je n'ai jamais senti le moindre bouton **en** relief". Il n'y a jamais eu ni douleur ni prurit mais elle signale que sa dermatose "lui tire un peu la peau quand elle tourne la tête".

- **Les lésions ont l'aspect suivant** : ce sont des placards blancs, lactescents, tache de bougie, à contours nets, avec ponctuation considérable.

Lors des mouvements de rotation du cou la peau au niveau des placards se plisse, forme de véritables rides, témoignant de son atrophie.

Nulle part on ne retrouve des éléments papuleux de lichen plan, ni sur la peau, ni sur les muqueuses.

- **La biopsie pratiquée montre :**

- . Un épiderme aminci avec diminution de la couche germinative et du corps muqueux de Malpighi, et une hyperkeratose folliculaire.
- . Un derme dépourvu de papilles et envahi par une prolifération conjonctive ayant subi une transformation hyaline, et où les fibres élastiques sont rares.
- . Peu d'infiltrat cellulaire.

- **Cliniquement et histologiquement**, la malade de Milian, présente donc le même type de lésions que celles que nous avons observées. Dans l'évolution, de nouveaux éléments identiques à ceux décrits apparaissent et, effectivement, à aucun moment il n'y a eu de papule ou de plaque indurée préalable.

Il s'agit donc de lésions atrophiques d'emblée, et l'auteur en souligne bien l'aspect ridé, facilement plissable.

Bien que aucune observation identique n'ait été faite auparavant, Milian, devant cet aspect particulier, fait le diagnostic de lichen en s'appuyant sur :

- . la blancheur des placards (?)
- . la ponctuation folliculaire
- . le siège (la nuque)

Mais devant l'absence de papule typique, de lésion linguale, devant cette atrophie primitive, et à une époque où l'aspect histologique de lichen atrophique n'était pas codifié, il finit par conclure que cette forme clinique doit être classée non pas dans la série du lichen plan mais dans celle des atrophies cutanées primitives et il crée le terme de leucodermie atrophique ponctuée.

Gaté, vingt ans plus tard en 1929

présente à la Société de Dermatologie une observation à peu près identique.

- **Il s'agit** d'une "jeune fille de 17 ans qui présente au niveau de l'abdomen, de la partie supérieure du thorax, de la partie supéro externe de la cuisse gauche, des placards "scléro" atrophiques blanc nacrés formés par la fusion d'éléments atrophiques confluents au centre des plages et plus espacés à la périphérie.

A la palpation, la peau est rugueuse, striée, chagrinée. Il n'y a aucune papule de lichen plan typique en activité".

Comme Milian il pense alors que "ces placards atrophiques ont été précédés d'éléments papuleux passés inaperçus". Mais à l'interrogatoire on lui répond que l'aspect a été atrophique d'emblée.

- **Il pratique alors la biopsie** d'un de ces éléments, et analyse l'image histologique de la façon suivante :

"l'épiderme est aminci, avec couche granuleuse normale, corps muqueux de Malpighi non augmenté de volume. Il n'y a pas d'acanthose.

Le derme papillaire est envahi par une vaste plage d'apparence hyaline et homogène où le tissu conjonctif a subi une dégénérescence.

Sous cette zone le derme est normal sauf quelques discrets manchons inflammatoires autour de certains vaisseaux”.

- **En conclusion** Gaté porte le diagnostic de lichen scléro atrophique parce que la jeune fille présente par ailleurs un lichen plan vulvaire, alors que l’aspect clinique des lésions cutanées n’évoque rien de connu.

La troisième observation qui va nous intéresser est celle que fit Prunières en 1954.

- **Il présente un malade** ayant au niveau de la partie antérieure du cou, des poignets, et sur la crête iliaque postérieure droite des “placards à contours irréguliers, à zone centrale jaunâtre, fendillée, à surface parsemée de nombreux clous cornés.

Sous la pellicule épidermique jaunâtre, se trouve une zone blanchâtre où l’épiderme est plissé, aminci, et présente quelques fines télangiectasies.

De plus, il existe un lichen du gland et un lichen lingual”.

- **Prunières fait pratiquer deux biopsies**, l’une au niveau du cou où les lésions sont anciennes (cinq à six mois) l’autre au niveau du poignet où les lésions sont plus récentes.
 - . Au niveau des placards anciens on retrouve “un derme papillaire fibreux, homogénéisé, pauvre en cellules avec des vaisseaux rares, atrésiés ou béants et un derme profond normal sans la moindre trace d’infiltrat”.
 - . Les éléments du poignet, apparus un mois auparavant, montrent un oedème des faisceaux conjonctifs et un oedème péri vasculaire avec réaction histiocytaire des gaines péri vasculaires, tout ceci dans le derme papillaire.
- **En conclusion**, l’auteur après avoir noté qu’il n’y a ni élément lichenien cutané (c’est-à-dire aucune papule en activité) ni induration, compare point par point.
 - . d’une part tout ce que lui apporte son observation
 - . d’autre part la description classique du lichen scléro atrophique selon Haÿlopeau, puis Petges.

Il insiste alors sur le fait que l’aspect n’est pas toujours celui d’une atrophie survenant, secondairement sur des lésions papuleuses, mais qu’il peut y avoir une atrophie d’emblée.

Des résultats des deux biopsies pratiquées sur des lésions d'âge différent, il déduit une explication qui relie les lichens atrophiques d'emblée aux lichens atrophiques classiques. En effet pour Prunières l'histologie d'un élément débutant (celui qui a été prélevé au poignet de son malade) est celle d'une papule de lichen simplex à minima "comme si l'évolution vers la sclérose étouffait l'apparition d'un élément lichénien typique". Aussi, en ce qui concerne le lichen atrophique d'emblée, l'auteur émet l'hypothèse qu'il s'agit d'une atrophie secondaire, où le stade papuleux n'a pas eu le temps de se constituer. De toutes façons en clinique la dermatose se présente comme une atrophie primitive, et c'est ce qui nous intéresse ici : une atrophie primitive qui présente des caractères cliniques et histologiques si particuliers qu'on est autorisé à faire un diagnostic de lichen devant cet aspect.

Hadida présente en 1969

une malade de 55 ans chez qui apparaissent depuis 1956 des taches leucomélanodermiques dans la région dorso lombaire, la région axillaire, les flancs.

Ce sont des plaques et des nappes leucodermiques et leucomélanodermiques dont certaines sont limitées par une large bordure erythémateuse.

La peau est plissée, fripée, brillante, légèrement desquamative, micacée.

L'auteur note bien qu'il n'y a pas d'induration cutanée, mais plutôt une impression d'atrophie.

Une biopsie confirme le diagnostic de lichen.

La même année Duperrat et David,

observent chez une malade de 68 ans présentant par ailleurs un lichen scléroatrophique vulvaire, des plaques blanches, brillantes, lisses, atrophiques, souples, non prurigineuses au niveau du décolleté.

Ils notent que d'emblée ces plages furent atrophiques.

La biopsie montre qu'il s'agit bien d'un lichen atrophique d'emblée.

Les formes bulleuses de lichen atrophique d'emblée type leucodermie ponctuée de Milian.

1 - Anderson en 1944

rapporte une observation personnelle d'une femme de 65 ans chez qui sont apparus des placards blanchâtres avec, sur certains d'entre eux, formation de bulles contenant un liquide clair. Cette malade présente d'autre part, disséminés sur le corps de nombreuses plaques ayant un aspect plissé, ridé, dû à la présence d'un épiderme atrophique à la palpation.

L'histologie est typique de lichen atrophique.

Il s'agit donc bien là d'un lichen atrophique d'emblée, d'ailleurs une de nos malades a présenté à un moment de l'évolution de sa dermatose des bulles tout à fait similaires (observation n° 1).

En conclusion Anderson note que certains cas publiés comme des morphées avec bulles sont en fait des lichens atrophiques méconnus.

Il cite en particulier une observation de Morrow in "Journal Genito Urinaire Disease" de 1896 et une autre de Templeton de morphée avec bulles chez une jeune fille de 23 ans.

En fait, dit Anderson, les illustrations montrent deux points non notés par les auteurs :

- . l'aspect plissé "comme un accordéon" de la peau.
- . le piqueté folliculaire

ce qui nous autorise à rapprocher cette observation de celles étudiées ici.

Histologiquement, l'infiltrat lymphocytaire sous papillaire, l'hyperkeratose, le piqueté keratosique, sont en faveur du lichen atrophique.

2 - Gottschalk (1947)

cite le cas d'une malade de 64 ans venant consulter pour "tiraillement de la peau" depuis sept semaines au niveau des plis du corps.

A l'examen il constate la présence de plusieurs plaques sèches, ridées, avec peau fine et facilement plissable. Elles sont de couleur blanc ivoirine ou brune et il existe un piqueté folliculaire net.

Quelques temps plus tard apparaissent sur certains éléments de la région péri anale, de l'abdomen, des jambes, des plis sous fessiers, des bulles contenant un liquide clair.

Les biopsies pratiquées sont caractéristiques de lichen atrophique.

- 3 - Autre lichen atrophique bulleux, c'est celui décrit par Hadida (1970) de la façon suivante :

lésion ovale blanche nacré à surface ridée, fripée, collodionnée, parsemée d'une hyperkératose ponctuée folliculaire, avec ébauche de décollement bulleux.

La plaque est entourée d'un lilac ring.

QUATRIÈME PARTIE : LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dans cette dernière partie nous essayons de situer le lichen atrophique d'emblée type leucodermie atrophique ponctuée de Miliari à côté des autres formes de lichen atrophique et des sclérodermies localisées.

A - LES DIFFÉRENTES FORMES DE LICHEN ATROPHIQUE

I - Le Lichen plan typique devenant secondairement atrophique

C'est un aspect très banal, ne posant aucun problème diagnostique.

Il s'agit d'un lichen plan typique cliniquement avec ses papules polygonales bien limitées, fermes à la palpation de teinte violine caractéristique. Ces papules ont un mode de guérison particulier ; elles s'affaissent pour former des taches déprimées d'aspect cicatriciel qui peuvent confluer pour former des placards atrophiques de coloration blanc nacré.

On voit qu'il est impossible de confondre cette forme avec le lichen atrophique d'emblée puisque ici il y a eu précession de papules qui se sont secondairement aplaties ; et d'ailleurs un examen attentif montre en général en un point quelconque du corps, parfois autour du placard des papules typiques de lichen plan n'ayant pas encore regressé.

II - Le Lichen atrophique et scléreux de Hallopeau

En 1887, Hallopeau fait à l'Union Médicale une "leçon sur le Lichen plan". Au chapitre des formes cliniques, il décrit pour la première fois ce qu'il va appeler le Lichen atrophique et scléreux.

Le mode de début de cette dermatose est la formation de papules de consistance ferme analogues à celles du Lichen plan vulgaire type Wilson mais moins colorées et plus petites. Elles pâlisent, s'affaissent et prennent un aspect cicatriciel blanc avec de nombreuses dépressions punctiformes.

Ces éléments confluent pour former des plaques de plusieurs centimètres de diamètre, à contours irréguliers, émiettés à surface quadrillée avec piqueté folliculaire, entourées d'une aréole rosée ou légèrement pigmentée.

A la périphérie de ce placard on retrouve des papules isolées.

- Les unes affaissées et décolorées
- Les autres rosées et encore en activité

Hallopeau, puis Darier, insistent sur la valeur des deux points suivants, qui permettent d'étayer le diagnostic :

- d'une part la présence de papules de Lichen plan, ou d'un Lichen plan buccal
- d'autre part la présence de très nombreux points cornés jaunâtres ou brunâtres correspondant à un orifice sébacé ou sudoripare dilaté.

Cette forme est la forme classique ; elle a été reprise par de nombreux dermatologistes depuis lors, en particulier :

- DUBREUILH
- BROCO
- PETGES en 1913 au cours de son travail visant à différencier la sclérodermie localisée du Lichen scléro atrophique.
- PAUTRIER dans sa "Nouvelle Pratique Dermatologique"
- GOUGEROT dans sa "Discussion sur le bord des sclérodermies et du Lichen albus".
- MONTGOMERY et HILL dans leur important article sur le Lichen scléreux et atrophique (1940).
- LAYMON
- MILLER
- et plus récemment en France lors de diverses communications à la Société de Dermatologie.

Le diagnostic différentiel est, ici également, assez évident :

- par l'anamnèse qui montre qu'il y a d'abord eu des papules, celles-ci étant presque analogues à celles du Lichen plan type Wilson, que ces papules sont entrées en coalescence pour former des placards indurés superficiellement, et que ces placards ont ensuite subi une atrophie.
- par l'examen des lésions : ce sont des placards à pourtours émiettés, avec à la périphérie une poussière de papules encore en activité.

Ceci ne ressemble en rien au Lichen atrophique d'emblée type leucodermie ponctuée de Milian, qui se présente comme des nappes atrophiques dès le début, à contours arrondis, polycycliques.

III - Le Lichen Albus (voir Zumbusch) Le Lichen porcelainé (Gougerot)

En 1916, en pleine période de guerre, alors qu'il n'y avait ni publications médicales ni bibliothèques tenues à jour, Gougerot décrit une nouvelle forme de Lichen qu'il appelle Lichen porcelainé.

Il s'agit en fait de ce que Von Zumbusch avait nommé quelques années auparavant Lichen albus. Cette dermatose est très peu différente du Lichen scléro atrophique de Hallopeau.

Il s'agit de papules polygonales, de 1 à 4 millimètres de diamètre, de couleur blanche, brillantes à jour frisant, porcelainiques, à surface plane, lisse, dont le bord est marqué par un liseré qui peut être rose, rouge brun ou rouge violacé, mais qui est différent du lilac ring. Elles peuvent être isolées ou agglomérées en placards de forme irrégulière, déchiquetée, où il n'y a pas de vestige des contours de papules confluentes, mais à la périphérie on peut voir des papules polygonales élémentaires. A la palpation la plaque est dure, saillante, occupe la partie superficielle du derme. L'évolution est chronique, récidivante.

En résumé, le Lichen albus ou porcelainique diffère du Lichen scléro atrophique de Hallopeau par sa teinte blanche particulière et parce qu'il n'a pas tendance à évoluer vers l'atrophie. Il diffère du Lichen atrophique d'emblée à forme de leucodermie atrophique de Milian essentiellement par :

- son mode de formation : des papules qui confluent pour former des placards et non un placard dès le début.
- sa fermeté particulière à la palpation et non une atrophie.

IV - D'autres dermatoses scléro atrophiques ont été décrites sous de multiples noms, mais elles correspondent bien souvent à l'une des formes cliniques que nous venons de voir. Rattachées au Lichen scléro atrophique ou à la sclérodermie localisée, ou décrites comme des dermatoses nouvelles, nous ne ferons que les citer :

1 - La "Weissfleckenckrankheit" ou "Maladie des taches blanches" de Miescher

Celui-ci donne une autonomie à un type clinique particulier qui ne serait ni un Lichen atrophique ni une morphée en gouttes.

2 - Le "White Spot Disease "de Jonhston et Sherwell" est tout à fait comparable, mais ces derniers, au lieu d'individualiser cette dermatose pensent qu'il s'agit au contraire d'un syndrome et que ces taches blanches peuvent se voir aussi bien dans le Lichen scléro atrophique que dans la sclérodermie localisée (ce qui est notre avis).

3- - La Dermatite Lichenoïde atrophiante de Csillag qui correspond assez bien au Lichen scléro atrophique de Hallopeau :

- Les lésions consistent en papules blanches, brillantes, indurées, bien limitées, entourées d'une zone rosée ou hyperpigmentée qui sont groupées en placards simplement juxtaposées.

Elles évoluent vers l'aplatissement et l'atrophie superficielle, formant ainsi un placard blanc ivoire à surface douce, plissée.

B - LES SCLÉRODERMIES LOCALISÉES

I - La Plaque de sclérodémie est une nappe blanche, nacré ou jaune cireux, vieil ivoire, d'une dureté ligneuse, adhérent plus ou moins aux plans profonds. Arrondie ou ovalaire, elle est entourée d'un liseré lilacé, c'est le "Lilac ring" très caractéristique qui constitue un signe d'évolutivité de la dermatose. L'évolution longue, chronique, peut se faire vers la régression spontanée qui laisse subsister une cicatrice atrophique blanche, légèrement déprimée, avec souvent des taches pigmentaires et des télangiectasies. Ici aussi, l'aspect est cliniquement différent du Lichen atrophique d'emblée, le caractère distinctif essentiel étant la dureté ligneuse de la lésion, qui est adhérente aux plans profonds.

II - La Sclérodémie en gouttes ou "White Spot Disease" - La "Maladie des taches blanches" peut se voir, comme nous avons eu l'occasion de le noter, dans les Lichens atrophiques d'emblée.

Ce "White Spot Disease" ne semble pas avoir de grande spécificité et peut accompagner aussi bien le Lichen atrophique que les sclérodémies localisées. Certains en font d'ailleurs une forme de sclérodémie, sous le nom de sclérodémie en gouttes ou morphée en gouttes. Il s'agit de petites taches blanches arrondies ou ovalaires de quelques millimètres de diamètre bien limitées, isolées ou en archipel, entourées d'un Lilac ring.

Apparues sans aucun trouble fonctionnel, elles ont une évolution chronique et longue :

- soit vers l'atrophie
- soit vers la disparition
- soit vers la formation d'une cicatrice déprimée.

III - Parmi les sclérodémies localisées il existe une forme clinique qui pourrait peut être prêter à discussion avec les Lichens atrophiques à forme de leucodémie ponctuée de Milian, c'est la sclérodémie lilacée non indurée de Gougerot.

Pendant toute son évolution elle est réduite à une où plusieurs taches lilacées, mal limitées (les bords s'estompent sur 5 à 8 millimètres), souples. Elles peuvent reposer sur des plans profonds parfaitement indemmes, ou s'accompagner d'une diminution du derme.

Elles recouvrent alors une zone légèrement déprimée. Les plaques ont parfois une coloration jaunâtre, brunâtre, non homogène.

Le diagnostic différentiel repose ici sur l'examen de l'épiderme, qui est normal :

- il n'y a pas de dilatation ni d'hyperkératose ponctuée folliculaire.
- surtout il n'y a pas d'atrophie.

Si besoin était, le diagnostic clinique serait confirmé par l'histologie qui montrerait en cas de sclérodermie :

- à un stade début un infiltrat lymphocytaire péri-vasculaire.
- plus tardivement un épaissement du derme par homogénéisation des faisceaux collagènes préexistant et néoformation de tissu conjonctif.

Le tissu élastique est conservé.

Le relief des papilles dermiques est toujours visible, même à un stade tardif.

CONCLUSION

Nous avons rapporté quatre observations dans lesquelles l'aspect des lésions cliniques nous a paru si particulier qu'il nous a permis de poser le diagnostic de Lichen atrophique d'emblée à forme de leucodermie atrophique ponctuée de Milian avant même d'en avoir une confirmation histologique.

Il s'agit de placards atrophiques dès le début de leur évolution.

Le Terrain : en général une femme aux alentours de la ménopause (sauf observation n° 4).

Le Siège : le décolleté, les flancs, le pli interfessier.

La Taille : variable, de 1 à 6 centimètres de diamètre environ.

La Forme : grossièrement arrondie ou ovale, à contours polycycliques, sans émiettement des bords.

La Couleur : jaunâtre, grisâtre, blanchâtre avec ou sans quelques tâches brunâtres.

La Surface : ridée, plissée, parsemée d'un piqueté kératosique net donnant un aspect râpeux au toucher.

La palpation : lésion souple, se laissant facilement froisser dans sa partie superficielle.

Éventuellement formation de bulle (observation n° 1).

Coexistence avec un Lichen lingual (observations n° 1, n° 2, n° 3).

L'Histologie : confirme le diagnostic de Lichen atrophique.

L'Évolution : favorable sous corticothérapie par voie générale.

Nous rapprochons ensuite ces observations de certaines, analogues, mais que leurs auteurs n'ont pas toujours rattaché au cadre si bien défini par Milian.

Enfin, sans reprendre la discussion classique des rapports entre Lichen scléro atrophique et sclérodermie en gouttes, nous essayons de situer ce type clinique par rapport :

- aux autres Lichens atrophiques d'une part
- aux formes localisées de sclérodermies d'autre part.

Vu : le Président de Thèse
Professeur DUPERRAT

Vu : le Doyen de la Faculté
Professeur BAUMANN

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON - 1944. Archive Of Dermat. and Syph. Bullous Lichen Sclérosus et Atrophicus.

BAZEX - 1963. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. page 450 Lichen Scléro atrophique et Lichen Plan Scléreux.

BUREAU - BARRIERE - 1962. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. page 282 Sclérolichen et Lésions Radiologiques particulières de la colonne cervicale.

BRAIN - 1950. Britisch Journal Dermat. 62 : 449-451.

BROCO - 1909. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. page 189 Sclérodermie en plaques superficielles sans infiltration.

BROCO - 1926 - E M C 12.082 page 779-780.

BROCO - 1921. Précis Atlas de Pratique Dermatologique T II page 782.

BROCO - 1907. Traité élémentaire de Dermatologie pratique T II page 210.

BROCO - CIVATTE - 1902. Bull. Sté Fse de Dermatologie et Syph. Cas de Morphée page 210.

CIVATTE - 1939. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. Lichen Scléreux page 856.

CIVATTE - 1950. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. Lichen Scléreux, Lichen plan, Sclérodermie 57 : 93.

CIVATTE - 1967. Histopathologie Cutanée.

CSILLAQ - 1909. Ikonographia Dermatologica Berlin page 147-151.

DARIER - 1892. Archives Dermatologie page 833.

DARIER - CIVATTE - 1947. Précis de Dermatologie.

DEGOS - Dermatologie Tome II page 717.

DEGOS - COLINTINEANU - 1970. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. Considérations sur le Lichen scléro atrophique T 77 page 482.

DUBREUILH - 1904. Précis de Dermatologie page 349.

DUBREUILH - 1907. Ann. Dermat. et Syph. Lichen plan atrophique 8 : 715.

DUPERRAT - MANSOUR - 1947. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. Lichen Scléro Dermiforme page 170.

FELDMANN - 1961. Archives of Dermat. and Syph. Bullous Lichen sclérosus et Atrophicus. 83 : 705.

GATE - 1929. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. page 690.

GAZYBOWSKI - 1937. Archives Dermat. U. Syph. 175 : 222.

GOUGEROT - 1916. Paris Médical Lichen porcelainé 53 : 571.

GOUGEROT CARTEAUD - 1930. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. page 37.

GOUGEROT - Archives Dermat. et Syph. de la Clinique de Saint-Louis 1933.5.238.244.

GOUGEROT - 1934. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. Lichen plan et Sclérodermie page 37.

GOUGEROT - 1940. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. Discussion sur le bord des Sclérodermies et du Lichen Albus page 303.

GOUGEROT - 1950. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. Lichen Albus et Lichen Plan 57 : 90.

GOUGEROT - 1950. Précis de Dermatologie page 195.

GOTTSCHALK - 1947. Arch. of Dermat. and Syph. Lichen Sclérosus et Atrophicus with bullous lesions and extensive involvement, 55 = 433.

DE GRACIANSKY - Atlas de Dermatologie,

GREKICE - 1967. Arch. of Dermat. and Syph. Lichen Sclérosus et Atrophicus and Morphéa 96 = 106.

GRUPPER HEWITT - 1962. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. Sclérolichen ou Lichen porcelainé de Gougerot page 591.

HADIDA - 1970. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. 77 = 225.

HADIDA - 1970. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. 77 = 511.

HALLOPEAU - 1887. Leçon sur le Lichen plan - Union Médicale 43 = 742-749.

HALLOPEAU - 1889. Annales de Dermat. et Syph. Lichen plan scléreux 10 = 447.

HALLOPEAU - 1896. Annales de Dermat. et Syph. Sur un nouveau cas de Lichen plan at. 7 = 56.

HALLOPEAU - 1898. Annales de Dermat. et Syph. Un nouveau cas de Lichen de Wilson scléreux. 9 = 358.

HALLOPEAU - 1900. Traité de pratique de Dermatologie page 886.

HUDELO - RABUT - CIVATTE - Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. A propos d'un cas de W.S.D. page 1173.

JANSELNE - 1903. Bull. Sté Fse de Dermat. et Syph. Sur un fait de passage entre la sclérose en plaques et les atrophies circonstrites page 189.

KAPOSI - 1881. Pathologie et traitement des maladies de la peau - Tome I - page 642.

LAYMON - 1951. Arch. Dermat. et Syph. Lichen Scl. at and related disorders. 64 = 620.

LEVER - 1967. Histopathology of the Skin.

LUTZ - 1946. Dermatologica. 92 = 199.

MIESCHER - 1948. Dermatologie. Volume 97 page 75.

MILIAN - 1909. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. page 279-285.

MILIAN - 1933. Bull Sté Fse Dermat. et Syph. Lichen plan scléreux page 1679.

MILLER - 1957. Arch. Dermat. and Syph. L. Scl. At and Oral involvement. 76 = 43.

MONTGOMERY - HILL - 1940. Arch. Dermat. and Syph. Lichen sclérosus et At. 42 = 755-779.

NOMLAND - 1930. Arch. Dermat. and Syph. Lichen Scl. et At. (Hallopeau) and related cutaneous atrophies. 21 = 575.

ORBACK - 1899. Nordisk medicinskt arkiv. Lichen atrophique et vitiligo n° 7 page 4.

ORMEA DEPAOLI - 1956. Minerva Dermatologica - sur les rapports neurohistologiques entre le W.S.D., le Lichen scléreux et la sclérose en gouttes - n° 5 = 146.151.

PAUTRIER - WORINGER - 1932. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. W.S.D. page 1.514.

PAUTRIER - 1936. Nouvelle pratique Dermatologique. Tome 7 page 490.

PELLIZZARI - 1884. Giornale Italiano delle malattie veneree et della pelle. Eritema orticato atrofizzante.

PETGES - 1913. Annales de Dermat. et Syph. A propos de la morphée en gouttes. page 415.

PETGES - 1913. Annales de Dermat. et Syph. La Morphée en gouttes et le W.S.D. page 415.

PRUNIÈRAS - 1954. Annales de Dermat. et Syph. A propos des Lichens atrophiques 81 = 46-61.

ROOK - WITKINSON - Tome I page 544.

SCHUBERT - 1936. Dermat. Woch Tome 103 n° 51 - page 1.653.

STEIGLEDER - 1961. Arch. of Dermat. and Syph. Lichen sclérosus et Atrophicus. 84 = 219.

VAUGHN - 1953. Csillag's Disease Arch. of Dermat and Syph. 69 = 369.373.

WEISSENBAACH - BASCH - MARTINEAU - 1931. Bull. Sté Fse Dermat. et Syph. page 1.282.

WISE SHELMIER - 1928. Arch. of Dermat. and Syph. 18 = 179.199.

